

**UPAYA PENATALAKSANAAN POLA NAFAS TIDAK
EFEKTIF PADA PASIEN CONGESTIVE
HEART FAILURE**



**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III
pada Jurusan
Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

**Oleh:
ERIKA SITTA NURLAELA
J 200 140 091**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2017**

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA PENATALAKSANAAN POLA NAFAS TIDAK
EFEKTIF PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE**

PUBLIKASI ILMIAH

oleh:

ERIKA SITTA NURLAELA

J 200 140 091

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh :

Dosen Pembimbing



Ns. Arief Wahvudi Jadmiko, S.Kep., M.Kep.

NTK.110.1618


HALAMAN PENGESAHAN

**UPAYA PENATALAKSANAAN POLA NAFAS TIDAK
EFEKTIF PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE**



1. Ns. Arief Wayudi Jadmiko, S.Kep., M.Kep
(Ketua Dewan Penguji)
2. Arina Maliya, S.Kep., Ns., M.Si.Med.
(Anggota I Dewan Penguji)


(.....)


(.....)



PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam publikasi ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggung jawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 08 April 2017

Penulis,


ERIKA SITTA NURLAELA

J 200 140 091

UPAYA PENATALAKSANAAN POLA NAFAS TIDAK EFEKTIF PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE

Abstrak

Gagal jantung kongestif adalah suatu gangguan fungsi jantung yang mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk kebutuhan sel-sel tubuh. Penyakit ini dapat menyebabkan kematian bagi para penderitanya, angka kejadian gagal jantung di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun ketahun. Gejala yang sering timbul karna penyakit gagal jantung ini adalah *dyspnea* atau sesak nafas, hal tersebut terjadi karena penumpukan cairan di jaringan paru. Akibatnya pola nafas pasien menjadi tidak efektif. Menggambarkan upaya penatalaksanaan pola nafas tidak efektif pada pasien gagal jantung. Metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dengan cara observasi, pemeriksaan fisik, rekam medik, wawancara, studi dokumentasi dari jurnal maupun buku. Pasien menunjukkan peningkatan pola nafas setelah dilakukan tindakan. Ada pengaruh tindakan terapi oksigenasi, tirah baring ideal dan posisi *semi fowler*. Masalah pada pasien dengan pola nafas tidak efektif tidak teratasi karena saat dilakukan asuhan keperawatan pasien tidak mengalami peningkatan keefektifan pola nafas sesuai dengan kriteria hasil yang telah diinginkan. Tindakan terapi oksigenasi, tirah baring ideal dan *posisi semi fowler* dapat dilakukan sebagai masukan dalam tindakan keperawatan mandiri untuk menangani pola nafas tidak efektif, karena cukup maksimal dalam meningkatkan pola nafas pasien.

KataKunci: Gagal Jantung Kongestif, Pola Nafas Tidak Efektif, Terapi Oksigenasi, Tirah Baring Ideal, Posisi *Semi Fowler*.

Abstract

Congestive heart failure is a disorder of cardiac function failure in pumping blood to the needs tubuh. Penyakit cells can cause death for the sufferer, the incidence of heart failure in Indonesia has increased from year to year that often arise. Gejala because heart failure are dyspnea or shortness of breath, it happened because of a buildup of fluid in lung tissue. As a result the patients breathing pattern becomes ineffective. Describe the management efforts ineffective breathing pattern in patients with heart failure. The descriptive method with case study approach in the HCU. The collection of data by observation, physical examination, medical records, interviews, documentary studies of journals and books. Patients showed improvement after the act of breathing patterns. There is the influence of exercise oxygenation therapy, bed rest and the ideal semi-Fowler's position. The problem in patients with Ineffective breathing pattern is not resolved because nursing care for patients does not increase the effectiveness of breathing patterns in accordance with the criteria that have the desired result. The act of deep oxygenation therapy, bed rest and the ideal semi-Fowler's position can be performed as an input in independent nursing actions to handle Ineffective breathing pattern, as is maximal in improving the patient's breathing pattern.

Keywords: *Congestive Heart Failure, The Pattern Of Breath Is Not Effective, Oxygenation Therpy, Ideal Bed Rest, Semi-Fowler Position.*

1. PENDAHULUAN

Congestive Heart Failure (CHF) atau sering disebut dengan gagal jantung kongestif adalah kondisi saat jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrisi dan oksigen secara adekuat (Udjianti, 2011). Menurut Rachma (2014), mengatakan gagal jantung adalah sindroma klinik yang ditandai oleh adanya kelainan pada struktur atau fungsi jantung yang mengakibatkan jantung tidak dapat memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan.

Menurut World Health Organization (2013) ada 17,3 juta orang meninggal akibat gangguan kardiovaskular pada tahun 2008 dan lebih dari 23 juta orang akan meninggal setiap tahun dengan gangguan kardiovaskular. Kejadian gagal jantung di Amerika Serikat mempunyai insidensi yang besardan tetap stabil selama beberapa dekade terakhir, yaitu >650.000 kasus baru didiagnosis setiap tahunnya (Yancy, dkk, 2013).

Di Indonesia berdasarkan dari data Kemenkes (2014) diagnosis dokter pada tahun 2013 untuk penderita gagal jantung berdasar diagnosis/gejala, estimasi jumlah penderita terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Barat sebanyak 96.487 orang (0,3%), sedangkan jumlah penderita paling sedikit ditemukan di Provinsi Kep. Bangka Belitung, yaitu sebanyak 945 orang (0,1%). Provinsi Jawa Tengah menempati peringkat ke 3 diagnosis/gejala, estimasi jumlah penderita gagal jantung yaitu sebesar 72.268 orang (0,3%).

Mayoritas penderita CHF adalah seseorang yang memiliki usia lebih dari 60 tahun (Dewi, 2014). Penyebab dari gagal jantung kongestif dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu gangguan yang langsung merusak jantung seperti miokarditis, infark miokarditis, fibrosis miokardium, dan aneurisma ventrikular, yang kedua adalah gangguan yang mengakibatkan kelebihan beban ventrikel yang terbagi menjadi 2 yaitu preload dan afterload. Preload adalah volume darah ventrikel pada akhir diastole. Afterload adalah kekuatan dari jantung untuk memompa darah keseluruh tubuh (Baradero, Dayrit, dan Siswadi, 2008). Menurut Ermoskhin (2017), mengatakan bahwa kegagalan jantung bisa menjadi manifestasi utama dari hampir semua penyakit jantung, termasuk aterosklerosis koroner, infark miokard, mengakuisisi penyakit katup, penyakit jantung bawaan, aritmia dan kardiomiopati.

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan gagal jantung adalah aktual/resiko tinggi penurunan curah jantung, nyeri dada, aktual/resiko tinggi gangguan pertukaran gas, aktual/resiko tinggi ketidakefektifan pola nafas, aktual / resiko tinggi penurunan tingkat kesadaran, aktual/resiko tinggi kelebihan volume cairan, intoleransi aktifitas (Mutaqqin, 2009). Pada pasien gagal jantung dengan pola nafas tidak efektif terjadi karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru sehingga

terjadi peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru(Nugroho, dkk, 2016)

Menurut Suratinoyo, Rottie, Massi (2016) pada pasien gagal jantung kongestif sering kesulitan mempertahankan oksigenasi sehingga mereka cenderung sesak nafas. Mengingat masih banyaknya penderita gagal jantung kongestif dengan pola nafas tidak efektif yang masih kurang tertangani oleh medis sehingga penulis tertarik untuk menulis publikasi ilmiah tentang gagal jantung kongestif yang berjudul Upaya Penatalaksanaan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien *Congestive Heart Failure*.

2. METODE

Penelitian karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu penelitian yang berdasarkan dari pengalaman sendiri maupun orang lain (Frick, 2008) dimulai dari pendekatan studi kasus yang menjelaskan proses keperawatan yaitu kegiatan untuk mendapatkan pelayanan yang diberikan bersifat individual, holistic, efektif, dan efisiensi yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Penulis memberikan asuhan keperawatan kepada salah satu pasien. Pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara, memberikan pertanyaan tentang masalah yang terjadi pada pasien, observasi dengan pemeriksaan fisik pasien untuk menjelaskan hasil dari data yang dikaji dan dievaluasi untuk mengetahui apakah ada indikasi lain atau ada penyakit lain yang muncul (Wasis, 2008)

Penelitian ini dilakukan selama 3 hari yaitu tanggal 09 Februari 2017 sampai 11 Februari 2017. Pada hari pertama penulis melakukan pengkajian kepada pasien dan keluarga pasien tentang penyakitnya, melakukan pengumpulan data yang menunjang pasien seperti data laboratorium lalu membuat rencana tindakan keperawatan berdasarkan masalah yang dialami pasien. Kemudian tanggal 09-11 Februari 2017 setelah melakukan pengkajian dan membuat rencana tindakan keperawatan, penulis mulai melakukan implementasi berdasar intervensi yang sudah direncanakan. Pada tanggal 11 Februari 2017 penulis melakukan evaluasi terhadap hasil dari tindakan yang telah dilakukan.

3. HASIL dan PEMBAHASAN

3.1 Hasil

Berdasarkan data yang telah diperoleh oleh penulis, maka penulis akan menguraikan tentang upaya penatalaksanaan pola nafas tidak efektif pada pasien congestive heart failure pada tanggal 09 Februari sampai 11 Februari 2017, penulis akan membahas tentang pengkajian, pemeriksaan fisik, analisa data, prioritas diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis (Haryanto, 2007).

Pasien bernama Tn. S berumur 56 tahun, beragama Islam, bekerja sehari-hari sebagai buruh. Sebelumnya pasien sudah merasa sesak nafas sejak 4 hari yang lalu, pasien mengatakan diberi obat warung tapi tidak kunjung sembuh. Setelah itu pada hari ke 5 pasien di bawa ke rumah sakit tepatnya tanggal 09 Februari 2017 jam 10.30 oleh keluarga melalui Instalasi Gawat Darurat dengan keluhan utama sesak nafas sudah 4 hari yang lalu. Pasien diperiksa vital sign dan hasilnya tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36°C, nadi 83 kali/menit, dan respirasi sebanyak 30 kali/menit. Setelah itu pasien dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil Hemoglobin 12,4 gr/dL dan pada pemeriksaan fungsi ginjal dengan nilai ureum pasien 100 mg dan kreatinin 3,27mg/dL. Kemudian pasien dilakukan tindakan pemasangan infus ringer laktat 10 Tpm, injeksi ranitidine 25mg, injeksi furosemide 20mg, amlodipin 5mg 1x1, pemasangan kateter dan terapi nasal kanul O2 3Lpm untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi pasien. Kemudian pada pukul 12.30 WIB pasien dipindahkan ke ruang HCU karna kondisi pasien tidak mengalami perubahan. Setelah di ruang HCU dari dokter mendapatkan terapi furosemide dengan dosis 20mg/24jam, pantopump 20mg/12jam dan situroxime 750mg/8jam, infuse RL 10 Tpm obat oral prorenal 3x2 tablet asfolat 1x1 tablet dan bicnat 1x1 tablet.

Penulis melakukan pengkajian kepada pasien pada tanggal 09 Februari 2017 pukul 13.00 WIB di ruang HCU dengan diagnosa masuk dari IGD gagal jantung kongestif. Dengan nama Tn. S, keluhan utama yang dirasakan pasien adalah sesak nafas. Dari data objektif saat penulis melihat secara langsung kondisi pasien, pernafasanya yang lebih dari normal dengan RR 30 kali/menit dengan pernafasan dalam dan cepat menggunakan otot bantu pernafasan juga memakai pernafasan cuping hidung serta terdapat wheezing atau mengi. Pemeriksaan vital sign didapatkan hasil tekanan darah pasien 110/80 mmHg, Suhu 36°C, nadi 83 kali/menit dan pernafasan 30 kali/menit. Sebelumnya pasien belum pernah dirawat di rumah sakit dengan keluhan yang sama maupun penyakit lainya. Keluarga pasien mengatakan bahwa anggota keluarganya tidak ada yang menderita penyakit gagal jantung, penyakit menurun dan menular lainnya seperti DM dan hipertensi.

Pola aktivitas sebelum sakit pasien mengatakan biasanya dari jam 07.00-12.00 pasien bekerja sebagai buruh semua dilakukan tanpa ada kesulitan, selama sakit pasien mengatakan mudah lelah, hanya berbaring di tempat tidur, semua aktivitas dilakukan di atas tempat tidur dan dibantu oleh keluarga. Pola persepsi dan kognitif, pasien mengatakan belum tau tentang penyakitnya, pasien cemas akan penyakitnya, tetapi pasien percaya semua

penyakit pasti ada obatnya. Keadaan umum pasien tampak lemah kesadaran *compos mentis*. Tanda-tanda vital pada tanggal 09 Februari 2017 tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 83x/menit, pernafasan 30x/menit, suhu 36°C. Pemeriksaan kepala masocephal, tidak ada lesi, tidak ada oedem, rambut kasar beruban. Pemeriksaan mata, konjungtiva anemis, kedua mata simetris. Pemeriksaan hidung, simetris, tidak ada secret, terdapat pernafasan cuping hidung, terpasang O2 3 Lpm. Pemeriksaan leher, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tyroid. Pemeriksaan dada inspeksi simetris, menggunakan otot bantu nafas, pernafasan dalam, palpasi pergerakan paru kanan dan kiri sama, ada nyeri tekan skala nyeri 4, auskultasi ada bunyi mengi atau wheezing. Pemeriksaan jantung inspeksi simetris, *ictus cardis* tampak, palpasi *ictus cardis* teraba, perkusi batas jantung kesan melebar, auskultasi bunyi S1 normal dan S2 lebih jelas. Pemeriksaan genetalia inspeksi bersih, terpasang kateter dengan urine 250cc. Pemeriksaan ekstremitas atas terpasang infus ringer laktat dibagian tangan kiri 10 Tpm, tidak ada oedem. Pada ekstremitas bawah terdapat oedem di bagian kedua kaki.

Data penunjang laboratorium pada tanggal 09 Februari 2017 didapatkan hasil laboratorium pada tanggal 09 Februari 2017 dengan pemeriksaan hematologi, hemoglobin sebanyak 12,4 g/dL dengan nilai normal 14.0-18.0 g/dl, Leukosit sebanyak 5,3 dengan nilai normal 4,0-12,0 juta/ μ L, Trombosit 14,0 dengan nilai normal 150,0-400,0 juta/ μ L, Eritrosit 4,05 dengan nilai normal 4.50-5.50 juta/ μ L, Hematokrit sebanyak 36,8 dengan nilai normal 40,0-48,0, sedangkan nilai kreatinin 3,27 mg/dL nilai normal 0,6-1,1 mg/dL. Pada pemeriksaan fungsi hati SGOT 30 u/L dengan nilai normal 0-40 u/L, SGPT 17 u/L dengan nilai normal 0-40 u/L. Dari hasil laboratorium didapatkan hasil penurunan *hemoglobin, trombosit, eritrosit, dan hematokrit*. Peningkatan juga terdapat pada pemeriksaan *creatinin*. Menurut Djausal, Oktafany (2016) pemeriksaan elektrokardiogram harus dikerjakan pada semua pasien yang diduga gagal jantung. Dari data penunjang elektrokardiogram yang muncul adalah *right bundle branch block* pada lead Avf, V4-V6.

Analisa data yang diperoleh dari data subjektif pasien yaitu pasien merasakan sesak nafas yang dirasakan lebih berat pada malam hari, lemas saat melakukan aktifitas maupun saat istirahat sudah 4 hari yang lalu, dari data objektif saat penulis melihat secara langsung kondisi pasien, pernafasannya yang lebih dari normal dengan RR 30 kali/menit dengan pernafasan dalam dan cepat menggunakan otot bantu pernafasan juga memakai pernafasan cuping hidung serta terdapat wheezing atau mengi. Pemeriksaan vital sign didapatkan hasil tekanan darah pasien 110/80 mmHg, Suhu 36°C, nadi 83 kali/menit dan pernafasan 30 kali/menit. Kemudian penulis menegaskan

diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien yaitu ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Hiperventilasi (Nanda, 2013). Dengan batasan karakteristik perubahan kedalaman pernafasan, mengambil posisi tiga titik, dipsneu, pernafasan cuping hidung, dan ortopneu.

Menurut Nanda NIC (2013) tujuan dilakukanya tindakan keperawatan selama 3x24jam adalah mengatasi masalah dengan kriteria hasil tidak ada dyspneu, mampu bernafas dengan mudah, menunjukkan irama nafas dan frekuensi pernafasan dalam rentan normal, tidak ada suara nafas abnormal. Tanda Vital dengan Tekanan Darah normal menurut Debora (2013) adalah untuk sistol rentang 100-140 untuk dan diastol 60-90 dan respirasi dalam batas normal 12-20x/menit. posisikan pasien *semi fowler* atau setengah duduk, atur posisi tirah baring yang ideal, berikan edukasi tentang penyakit CHF, auskultasi suara nafas tambahan, monitor respirasi dan status O₂, monitor tanda-tanda vital sebelum selama dan setelah aktifitas, pertahankan posisi pasien, monitor frekuensi dan irama nafas pasien, monitor suara paru, catat adanya fluktuasi tekanan darah.

Pada pukul 13.00 WIB penulis mengkaji masalah yang terjadi pada pasien, dari data subjektif pasien mengatakan sesak nafas berat pada malam hari,saat setelah melakukan aktifitas. Pada pukul 13.40 WIB mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi *semi fowler*, dari data subjektif pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi *semi fowler*, dan dari data objektif pasien terlihat lebih nyaman dan rileks dengan 29x/menit. Pada pukul 14.00 dilakukan injeksi situroxime 750mg/8jam melalui selang IV, dari data subjektif pasien mengatakan bersedia, dari data objektif injeksi situroxime 750mg masuk melalui selang IV dengan lancar. Pada pukul 15.00 penulis memonitor frekuensi dan irama nafas pasien, dari data subjektif pasien mengatakan sesak nafas masih tapi nyaman dengan posisi *semi fowler*, dari data objektif pasien terlihat rileks, pernafasan masih cepat dan dalam *respiratory rate* 28x/menit.

Evaluasi pada hari pertama tanggal 09 Februari 2017 pukul 15.00 WIB, pasien mengatakan sesak nafas masih tetapi lebih nyaman dengan posisi *semi fowler*. Pasien terlihat rileks, pernafasan masih dalam dengan RR 28x/menit. Pada masalah sesak nafas di hari pertama masalah tersebut belum teratasi dan untuk tindakan selanjutnya adalah melanjutkan intervensi berikan terapi oksigen, berikan edukasi tentang penyakit CHF, auskultasi suara nafas tambahan, monitor respirasi dan status O₂, monitor tanda-tanda vital sebelum selama dan setelah aktifitas, pertahankan posisi pasien, monitor frekuensi dan irama nafas pasien, monitor suara paru, catat adanya fluktuasi tekanan darah, lanjutkan terapi obat furosemide 20mg/24jam sebagai obat untuk edema pada CHF situroxime 750mg/8jam untuk pencegahan infeksi dan pantopump

20mg/12jam. Untuk memaksimalkan upaya peningkatan oksigenasi maka tindakan keperawatan ditambah dengan atur posisi tirah baring yang ideal.

Pada hari jumat tanggal 10 Februari 2017, pukul 07.30 WIB penulis melakukan observasi TTV dan auskultasi suara nafas tambahan, dari data subjektif pasien mengatakan masih sesak nafas, dari data objektif TD 100/80 mmHg N 85x/menit RR 28x/menit S 36°C, saat di auskultasi ada suara nafas tambahan wheezing yang terdengar saat ekspirasi. Pada pukul 08.25 penulis memonitor pernafasan pasien dengan menghitung pernafasan selama 1 menit saat setelah aktifitas, pasien mengatakan masih sesak tetapi lebih sesak jika malam hari. Data objektif, pasien terlihat bernafas terengah-engah terdapat wheezing RR 28x/menit. Kemudian pada pukul 09.30 WIB penulis melakukan edukasi tentang penyakit CHF penyebab dan pencegahannya, dari data subjektif pasien mengatakan masih merasa cemas dan takut akan penyakitnya pasien dan keluarga bersedia untuk diberikan edukasi penyakit CHF, dan dari data objektif pasien dan keluarga dapat mengevaluasi kembali apa yang telah dijelaskan penulis, dan bersedia menjaga kesehatannya. Pada jam 09.55 WIB penulis mengajarkan pasien posisi tirah baring yang ideal (Mutaqqin, 2009) dari data subjektif pasien mengatakan lebih nyaman dari posisi berbaring, dari data objektif pasien terlihat lebih nyaman. Pada jam 11.30 penulis melakukan pengkajian TD nadi RR setelah pasien melakukan aktifitas, dari data subjektif pasien mengatakan lemas sesak nafas berkurang, dari data objektif yang di dapatkan TD 110/90 N 80x/menit RR 26x/menit S 36°C. Pada pukul 14.10 WIB dilakukan rontgen pada pasien, dari data subjektif pasien bersedia untuk dilakukan rontgen thorax, dari data objektif pukul 15.00 WIB didapatkan rontgen thorax Tn.S adalah terdapat oedem pulmo dan kardiomegali.

Evaluasi hari kedua pada hari jumat tanggal 10 Februari 2017 pukul 14.00 WIB. Pasien mengatakan merasa sesak nafas berkurang. Pasien masih menggunakan otot bantu nafas dan pernafasanya selama 1 menit adalah 26 kali dan tekanan darah 100/70 mmHg, Suhu 36°C, serta Nadi 80kali/menit, saat di auskultasi terdapat wheezing, dan ada fluktuasi tekanan darah dari jam 07.30 yaitu 100/80 mmHg, jam 11.30 110/90 mmHg dan jam 13.30 100/70mmHg. Setelah dilakukan rontgen thorax terdapat oedem pulmo dan kardiomegali. Dari data tersebut maka masalah pada Tn.S belum teratasi, dan untuk *planning* lanjutkan intervensi berikan terapi oksigen, auskultasi suara nafas tambahan, monitor respirasi dan status O₂, monitor tanda-tanda vital sebelum selama dan setelah aktifitas, pertahankan posisi pasien, monitor frekuensi dan irama nafas pasien, monitor suara paru, catat adanya fluktuasi tekanan darah, lanjutkan terapi obat furosemide 20mg/24jam sebagai obat

untuk edema pada CHF situroxime 750mg/8jam untuk pencegahan infeksi dan pantopump 20mg/12jam.

Pada tanggal 11 Februari 2017 pukul 14.00 WIB penulis melakukan tindakan keperawatan injeksi situroxime sebanyak 750mg/8jam. Pasien mengatakan kepada penulis bahwa masih merasa sesak nafas. Data objektif situroxime masuk lewat selang intravena dengan lancar. Selanjutnya pada pukul 14.20 WIB penulis melakukan tindakan pemeriksaan status pernafasan pasien dengan menghitung *respiratory rate* dan setelah 1 menit pemeriksaan di dapatkan hasil sebanyak 27 kali /menit. Pasien mengatakan masih sesak padahal sudah memakai selang oksigen. Pukul 14.30 WIB penulis mengobservasi karakteristik pola nafas pasien. Pasien mengatakan bahwa sesak nafasnya tidak kunjung reda. Saat di auskultasi terdengar suara wheezing. Pada pukul 17.00 dilakukan monitoring TD N dan RR setelah melakukan tindakan, dari data objektif TD 100/80mmHg N 87x/menit RR 26x/menit. Pada pukul 17.20 penulis mengajarkan Tn.S memaksimalkan terapi oksigen untuk mengoreksi hipoksemia dengan menghirup dalam-dalam nassal kanul oksigen yang dipasang dihidung dan di keluarkan melalui mulut dengan posisi rileks (Morton, dkk, 2014) dari data subjektif pasien mengatakan lebih nyaman dengan bersedia dilakukan oksigenasi secara maksimal, dan dari data objektif pasien terlihat lebih nyaman dan rileks. Pada pukul 20.00 pasien dilakukan injeksi furosemide 20mg/24jam dan injeksi pantopump 20mg/12jam. Data objektif injeksi furosemide dan pantopump masuk ke selang IV dengan lancar. Pada jam 22.00 WIB dilakukan injeksi situroxime sebanyak 750mg/8jam, dari data subjektif pasien bersedia dilakukan injeksi melalui selang IV, dari data objektif situroxime masuk sebanyak 750mg melalui selang IV dengan lancar. Pada jam 06.30 WIB penulis menghitung output pasien selama 24 jam, dari data objektif terhitung cairan pasien keluar kurang lebih 1300cc selama 24 jam. Pada jam 07.00 dilakukan observasi TTV, dari data subjektif pasien mengatakan sesak berkurang, dari data objektif didapatkan ada TD 110/80 mmHg N 87x/menit S 36°C RR 24x/menit, tidak ada wheezing.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 12 Februari 2017 pada pukul 07.00 WIB, pasien mengatakan sesak nafas sudah berkurang. Pasien terlihat lebih nyaman dan tenang pernafasan masih dalam, saat di auskultasi tidak ada wheezing. Tekanan darah 110/80mmHg, respirasi 24 kali/menit, serta Nadi 87 kali/menit S 36°C. Pada hari sabtu tanggal 12 Februari 2017. Pada masalah sesak nafas pasien di hari ketiga masalah tersebut belum teratasi karena penulis tidak melakukan intervensi secara maksimal seperti mempertahankan posisi pasien dengan ventilasi maksimal, monitor O2. Intervensi dilanjutkan monitor respirasi dan status O2, monitor tanda-tanda vital sebelum selama

dan setelah aktifitas, pertahankan posisi pasien, monitor frekuensi dan irama nafas pasien, monitor suara paru, catat adanya fluktuasi tekanan darah, lanjutkan terapi obat furosemide 20mg/24jam sebagai obat untuk edema pada CHF situroxime 750mg/8jam untuk pencegahan infeksi dan pantopump 20mg/12jam

3.1 Pembahasan

a. Pengkajian

Keluhan yang biasanya muncul pada pasien dengan gagal jantung kongesif adalah munculnya edema di bagian tubuh terutama kaki dan bagian sakrum, dyspneu atau sesak nafas karna terganggunya pertukaran oksigen dan karbondioksida dalam alveoli yang berisi cairan, ortopneu yaitu kesulitan bernafas apabila berbaring telentang, batuk produktif dengan banyak sputum berbuih, kelelahan disebabkan oleh otot-otot yang tidak menerima cukup darah karna curah jantung yang kurang, anorexia (Baradero, Dayrit, dan Siswadi, 2008). Pada Tn.S muncul dyspneu, ortopneu, kelelahan dan bengkak di kedua kakinya, juga ada penambahan berat badan.

Menurut Marelli T.M (2008) hal yang perlu dikaji pada pasien dengan gagal jantung kongesif adalah distensi vena jugular baru, S4 bunyi jantung, peningkatan BB, dyspneu saat melakukan aktifitas, anorexia, takikardia, sesak nafas saat istirahat, hipotensi, disritmia, adanya edema. Pada Tn.S juga tampak adanya gejala tersebut yaitu ada edema di kedua kaki, ada penambahan berat badan padahal pasien mengatakan tidak nafsu makan, anorexia, dyspneu terjadi pada malam hari dan saat setelah melakukan aktifitas atau ortopnea.

Pemeriksaan laboratorium pada pasien dengan gagal jantung adalah hemoglobin untuk menyingkirkan anemia (Alto, 2012) pada pemeriksaan fisik Tn.S didapatkan hasil anemia dengan hemoglobin 12,4 g/dl.

b. Diagnosa

Diagnosa yang muncul pada Tn. S adalah ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi (Nanda, 2013) dengan data penunjang pasien mengatakan sesak nafas terjadi saat malam hari dan saat setelah melakukan aktifitas, mudah merasa lelah, dari data objektif saat di auskultasi ada suara wheezing, terdapat perubahan kedalaman pernafasan, menggunakan pernafasan cuping hidung, serta respirasi sebanyak 30 kali/menit. Penyebab adanya dyspnea secara umum adalah gagal jantung kongesif karna perubahan posisi pada pasien akan menyebabkan perubahan ventilasi dan perfusi (Djojodibroto, 2009). Hiperventilasi ini terjadi karena metabolisme tubuh yang terlalu tinggi sehingga mendesak alveolus melakukan ventilasi secara berlebihan (Somantri, 2007)

c. Rencana Keperawatan

Dalam kasus ini penulis merencanakan tindakan berdasarkan buku Nanda tahun (2013). dengan intervensi terapi oksigen dengan nassal kanul yang tujuannya untuk membantu memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh (Nugroho, dkk, 2016) memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi yaitu dengan posisi *semi fowler* atau setengah duduk yaitu untuk mendorong isi perut kebawah dan mengurangi tekanan dinding thorak pada paru-paru sehingga ekspansi maksimal (Marmi, 2016) atur posisi tirah baring yang ideal yaitu kepala tempat tidur harus di naikan 45° untuk mengurangi kesulitan bernafas atau dengan posisi duduk dan tangan bersandar pada bantal untuk mencegah kelelahan bahu (Mutaqqin, 2009) berikan edukasi tentang penyakit CHF, auskultasi suara nafas tambahan, monitor respirasi dan status O₂, monitor tanda-tanda vital sebelum selama dan setelah aktifitas, pertahankan posisi pasien, monitor frekuensi dan irama nafas pasien, monitor suara paru, catat adanya fluktuasi tekanan darah. Kemudian catat laporan yang di katakan oleh pasien seperti merasa sesak nafas saat bicara atau saat beristirahat dan beraktivitas, lalu dapat melihat apakah pasien terdapat suara nafas tambahan seperti wheezing bernafas terengah-engah perubahan kedalaman pernafasan dan pernafasan cuping hidung. Untuk menunjang pemberian terapi obat maka kolaborasikan kepada dokter untuk pemberian terapi farmakologis.

d. Implementasi

Data penunjang seperti sesak nafas pada malam hari, saat dan setelah melakukan aktifitas, perubahan kedalaman pernafasan, pernafasan cuping hidung. Implementasi yang dilakukan adalah melakukan terapi oksigen, memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi atur posisi *semi fowler*, mengatur posisi tirah baring yang ideal, memberikan edukasi tentang penyakit CHF, mengauskultasi suara nafas tambahan, memonitor respirasi dan status O₂, memonitor tanda-tanda vital sebelum selama dan setelah aktifitas, mempertahankan posisi pasien, memonitor frekuensi dan irama nafas pasien, memonitor suara paru, mencatat adanya fluktuasi tekanan darah, selain itu penulis juga memberikan terapi farmakologis sitroxime, furosemide dan pantopump. Terapi farmakologis sitroxime adalah terapi yang diberikan untuk pencegahan infeksi, pantopump adalah terapi untuk gangguan saluran cerna sedangkan furosemide untuk membuang cairan berlebih di dalam tubuh.

Keluarga pasien juga mendapatkan edukasi tentang penyebab terjadinya gagal jantung kongestif dan cara pencegahannya. Menurut Marmi (2016) posisi yang sesuai untuk keadekuatan oksigen adalah posisi *semi fowler*, keuntungan dari posisi ini adalah mendorong isi perut kebawah dan mengurangi tekanan dinding thorak pada paru-paru sehingga ekspansi

maksimal, hal tersebut membuat pasien mudah untuk bernafas. Pada Tn.S setelah dilakukan pengaturan posisi dengan *semi fowler*, pengaruhnya terhadap Tn. S kurang maksimal. Pada hari pertama pengkajian RR pasien adalah 30x/menit Tn.S merasakan sesak nafas dan suara nafas terdapat wheezing, evaluasi untuk tindakan *semi fowler* RR menjadi 29x/menit dan dari data subjektif pasien merasakan lebih nyaman.

Pada hari kedua pasien dilakukan foto rontgen thorak. Rontgen dilakukan untuk memperlihatkan redistribusi lobus atas dan perihilar terisi penuh, pembesaran jantung (Alto, 2012). Setelah dilakukannya foto thorak didapatkan hasil terdapat edema pulmo dan kardiomegali. Mengatur posisi tirah baring ideal dengan kepala tempat tidur dinaikan posisi duduk dengan tangan di sokong bantal untuk menghindari kelelahan bahu (Mutaqqin, 2009) pada posisi tirah baring yang ideal di dapatkan hasil yang cukup maksimal dengan RR 28x/menit menjadi 26x/menit.

Pada hari ketiga pasien masih mengalami sesak nafas, sesak nafas yang dialami Tn.S diakibatkan karena penumpukan cairan dalam paru-paru dan mengganggu oksigen masuk kedalam darah. Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis untuk mengatasi sesak nafas Tn.S adalah mengganti posisi dari berbaring lurus ke posisi *semi fowler*, tirah baring ideal, dan pasien masih menggunakan terapi kanul oksigen secara maksimal untuk membantu pemenuhan oksigen.

e. Evaluasi.

Dalam kasus ini, tindakan untuk pemenuhan kebutuhan oksigen pada Tn.S kurang mencapai tujuan, pada tanggal 09 Februari 2017 pasien mengeluh dengan sesak nafas RR 30x/menit dan pada evaluasi hari terakhir di dapatkan RR 24x/menit. Hal tersebut juga di pengaruhi karena penulis kurang maksimal dalam melakukan intervensi.

4. PENUTUP

a. Kesimpulan

Dari hasil pengkajian terhadap Tn.S didapatkan diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan heperventilasi. Dari diagnosa tersebut penulis melakukan intervensi terapi farmakologis dan non farmakalogis berupa pengaturan posisi *semi fowler*, terapi oksigen terapi situroxime 750mg/8jam pantopump 20mg/12 jam dan furosemide 20mg/24 jam. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam pada pasien, pasien tidak dapat mencapai kriteria hasil yang telah ditentukan. Terapi yang telah dilakukan terhadap pasien kurang berpengaruh terhadap peningkatan pola nafas pasien, pasien masih merasa sesak nafas walaupun terdapat penurunan dari tanggal 09 februari 2017 RR 30x/menit menjadi 24x/menit. Kondisi tersebut juga

dipengaruhi oleh penulis yang kurang maksimal dalam melakukan intervensi, ada intervensi yang tidak dilakukan secara maksimal yaitu memonitor status O₂, mempertahankan posisi pasien dengan memaksimalkan ventilasi.

b. Saran

1) Untuk Rumah Sakit

Diharapkan petugas kesehatan melakukan observasi terhadap pasien secara maksimal dan terus menerus untuk mengetahui kondisi pasien setiap waktu.

2) Untuk Keluarga Pasien

Diharapkan keluarga dapat menambah pengetahuan tentang penyakit gagal jantung kongestif serta cara penanganan dan pencegahan yang tepat agar nantinya tidak terjadi lagi pada anggota keluarga yang lain.

3) Untuk peneliti lain

Diharapkan nantinya penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi atau sumber data untuk penelitian selanjutnya tentang peningkatan oksigenasi pada pasien CHF.

DAFTAR PUSTAKA

Alto,W.A. (2012). *Buku Saku Hitam Kedokteran Internasional*. Jakarta : Indeks

Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC

Baradero,M.,Dayrit,M.W.,Siswadi,Y. (2008). *Klien Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta : EGC

Debora,Oda. (2012). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta : Salemba Medika

Dewi, S.R.(2014).*Buku Ajar Keperawatan Gerontik*.Yogyakarta:Deepublish

Djausal, A.N, Oktafany.(2016)Gagal Jantung Kongestif.*Jurnal Medula Unila*,5(1),12. Djojodibroto, D.(2009).*Respirologi*.Jakarta:EGC

Ermoskhin,V.(2017). 17th European Heart Disease and Heart Failure Congress and Cardiovascular Medicine and Cardiac Surgery.*Journal Clin ExpCardiolog*,8(1),66. <http://dx.doi.org/10.4172/2155-9880.C1.065>

Frick.(2008).*Pedoman Karya Tulis Ilmiah*.Yogyakarta:Kanisiki

- Haryanto.(2007).*Konsep Dasar Keperawatan dengan Pemetaan Konsep*.Jakarta:Salemba Medika
- Marmi.(2016).*Ketrampilan dasar Praktek Klinik*.Yogyakarta:Pustaka Pelajar
- Marelli, T.M.(2008)*Buku Saku Dokumentasi Keperawatan*.Jakarta:EGC
- Muttaqin, Arif.(2009).*Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*.jakarta:Salemba Medika
- Nugroho,T.,Bunga,T.P.(2016).*Teori Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta:Nuha Medika
- Kemenkes.(2014).*Situasi Kelainan Jantung*.Jakarta
- Somantri, Irman.(2007).*Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan*.Jakarta:Salemba Medika
- Suratinoyo, I., Julia, V.R., Gresty, N.M.(2016).Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Gagal Jantung Kongstif Diruangan CVBC (Cardio Vaskuler Brain Center) Lantai III Di RSUD DR. R. D. Kandau Manado.*Ejournal Keperawatan*,4(1),1.
- Rachma,L.N.(2014).Patomekanisme Penyakit Gagal Jantung Kongestif.*Jurnal Patomekanisme Penyakit*,4(2),81-90.
- Udjianti,W.J.(2011)*Keperawatan Kardiovaskular*.Jakarta:Salemba Medika
- Warsis.(2008).*Pedoman Riset Praktik untuk Profesi Perawat*.Jakarta:EGC
- Yancy.(2013).Guideline for the Management of Heart Failure.A Report of The American Collageo of Cardiology Fundaation/american Heart Association Task Force on Practice Guidelines.American:ACCF/AHA